

כתב ויתור על סודיות וכתב ויתור טענות

לכבוד
עמותת לימונדה ישראל ע.ר. 580674752 (להלן: "לימונדה ישראל")

א.ג.נ,

במסגרת פנייתי אליכם לצורך בחינת בקשתי למתן מענק לחולי / חולות סרטן, אני (שם מלא) _____,
מס' ת"ז: _____, מאשר/ת בזאת כדלקמן:

1. לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, אני נותן / נותנת בזאת רשות וכן מפנה בזה בקשה לרופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או יועץ/עובד במוסד רפואי או במוסד ציבורי אחר, למסור ללימונדה ישראל את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש העמותה, על מצב בריאותי לרבות כל ממצא רפואי לרבות נפשי, שיקומי, תפקודי וכללי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

2. אני משחררת/ת בזה את לימונדה ישראל ו/או כל אדם הפועל מטעמה או בשירותה, וכן כל רופא או יועץ או עובד רפואי אחר, כל מוסד לרבות קופת חולים, או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי הנ"ל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. כוחו של כתב ויתור על סודיות זה יפה גם לגבי חומר רפואי המצוי אודותי אצל גופים ציבוריים או ממלכתיים אחרים.

3. כמו כן, אני מוותרת/ת בזה על סודיות מידע ומסמכים בדבר נכסי ומקורות הכנסתי המצויים בידי כל גורם. אני מסכים/מסכימה ונותן/נותנת בזה רשות לכל אדם ו/או גוף כלשהו, פרטי ו/או ציבורי, למסור ללימונדה ישראל כל מידע ו/או מסמך בדבר נכסי או מקורות הכנסתי, וכל מידע או מסמך הדרוש לעמותה לשם בדיקת מצבי הכלכלי.

4. ידוע לי כי בקשתי למתן תמיכה מלימונדה ישראל תיבחן על ידי לימונדה ישראל בהתאם למצבי הרפואי והכלכלי, וכן כי לימונדה ישראל רשאית לקבל החלטה בבקשתי בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי והמוחלט, ואני נותן הסכמתי ללימונדה ישראל להעביר את המידע בדבר מצבי הרפואי והכלכלי לצדדים שלישיים לצורך בחינת אפשרות לגיוס מענק עבורי. בהתאם, אני מוותרת/ת בזאת באופן סופי ומוחלט על כל טענה ו/או תביעה כנגד לימונדה ישראל ביחס לפעולותיה לצורך גיוס מענק וכן מוותר באופן סופי ומוחלט על כל טענה ו/או תביעה כנגד לימונדה ישראל במידה ובה לא תאושר בקשתי למתן מענק.

פרטי המטופל/ת (במקרה של קטין/קטינה או חסוי/ה יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____ טלפון סלולרי: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העו"ס המטפל:

מוסד/מקום עבודה (בי"ח, קופה, רווחה, וכד'): _____ עיר: _____
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ טלפון סלולרי: _____
ת"ז: _____ מס' רישיון: _____
תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____